

63ème rencontre internationale de la Médecine de la
Personne
17 au 20 août 2011, Wilderswil, Suisse

Les déterminants, chez l'enfant, de la maladie mentale de l'adulte

Dr Tom Fryers

1. Introduction.

William Wordsworth écrit "L'enfant est le père de l'homme" et notre rencontre, cette année, est centrée sur l'interrelation entre l'enfance et l'âge adulte. Je m'intéresse ici aux facteurs retrouvés chez l'enfant et associés à la maladie mentale de l'adulte. La pédopsychiatrie est certes assez différente de la psychiatrie d'adultes, mais toutes deux ont en commun beaucoup de caractéristiques. Ainsi, nous avons pris conscience, petit à petit, qu'il existe, chez l'enfant et l'adolescent, d'authentiques dépressions et états anxieux. Ils ne sont pas souvent reconnus comme tels, alors qu'il faut les traiter, tout comme chez l'adulte, mais ici nous allons nous centrer sur la maladie survenant plus tard. Mais tout d'abord, que faut-il entendre par "maladie mentale" ?

2. Contestation, déviance sociale, différence, délinquance, maladie

Dans toutes les sociétés, il y a des gens qui se plient si peu aux conventions, en matière d'opinion ou de comportement, qu'ils s'excluent de leur communauté. Certains ont la conviction profonde que la société dans laquelle ils vivent est immorale à certains égards et qu'il faut la contester et la changer. Ces **contestataires** sociaux ou politiques sont tolérés ou non selon la société considérée. Beaucoup ont souffert et continuent à souffrir en raison de leurs actions ou de leurs opinions. Certains, comme William Tyndale¹, le Mahatma Gandhi, Nelson Mandela ou Martin Luther King, ont entrepris de changer radicalement le monde.

De la même façon, les gens qui défient les conventions religieuses, les valeurs sexuelles ou d'autres façons d'agir risquent la stigmatisation, l'exclusion, la condamnation pour crime ou même, dans certaines sociétés, la mort. Nous pourrions trouver que cette **déviance sociale** a un sens, même si nous sommes en désaccord avec elle, alors que dans certaines cultures rigoristes et certains systèmes politiques on la perçoit comme irrationnelle et on l'assimile à la "folie". Bien sûr, la "folie" a également des causes somatiques et psychologiques indépendantes de la volonté de la personne. Mais, quel qu'en soient le type et l'origine, la folie rencontre souvent

¹ Théologien gallois du XVI^e siècle, traducteur de la Bible, condamné à mort par l'Église (NDT)

l'ignorance et la peur ou bien on l'interprète comme surnaturelle, quelquefois d'essence "spirituelle" mais quelquefois comme l' "œuvre du malin" ou de la "sorcellerie".

Avant que le rationalisme ne devienne dominant, ces interprétations étaient répandues à travers l'Europe comme ailleurs mais l'ouverture d'esprit de nos cultures a entraîné une plus grande tolérance, voire même une valorisation de la "**différence**". De façon tout à fait récente, la médecine scientifique a poussé à considérer la folie ou les comportements anormaux comme des **maladies**, ce qui a légitimé la différence et la déviance et permis aux services de santé de proposer des soins. Il s'agit là d'un changement capital mais cette évolution n'a pas encore gagné toute la population, chez qui on peut encore facilement rencontrer peur, stigmatisation, préjugés et intolérance.

Toutefois, même la compassion et une tolérance parfaite ne résoudre pas tous les problèmes posés par la maladie mentale. Si l'on interprète facilement le comportement ouvertement étrange et les croyances manifestement irrationnelles de la psychose comme relevant de la maladie, de même que des manifestations semblables d'origine somatique comme celles de la démence ou de l'épilepsie, y a-t-il une limite tranchée entre la maladie dépressive et les réactions ordinaires aux vicissitudes de la vie ? L'abus volontaire d'alcool relève-t-il de la maladie mentale ou seulement la psychose alcoolique ? Chez les 40% de la clientèle d'un médecin généraliste réputés avoir des problèmes psychologiques, lesquels devrions-nous soigner comme une maladie ? Quels sont ceux qui participent aux causes de la maladie somatique ? Quels sont ceux qui sont des variations normales de la condition humaine ? Et si, comme les études le montrent largement, une préconisation d'activité physique est souvent aussi efficace sur les troubles anxieux et dépressifs que nos médicaments modernes, devrions-nous considérer encore les personnes qui en souffrent comme des "malades mentaux" ?

3. Un défi pour la recherche

Tout ce qui précède porte inévitablement préjudice à la terminologie et au diagnostic et cela questionne les épidémiologistes, qui, dans l'idéal, ont besoin d'entités clairement identifiables et distinctes pour compter et comparer. Les études de cohortes de longue durée très utilisées dans les recherches qui font l'objet de cet exposé, permettent de décrire des caractéristiques de l'enfance et de les relier aux manifestations plus tardives de la maladie de la meilleure façon possible, mais elles ne peuvent échapper aux ambiguïtés de la définition et de la mesure, inévitables dans toutes les productions de données. Il ressort des recherches des environ 50 dernières années, que la maladie mentale n'y est pas bien définie ; les catégories se chevauchent, ou se confondent avec les réactions normales aux événements de la vie, avec les traits de personnalité et avec les variations normales du comportement. Comme on pouvait s'y attendre, (et de même que pour la "maladie somatique" sans autre précision), la maladie mentale est multiple.

Les meilleures preuves des liens entre l'enfance et l'âge adulte sont apportées par les études de cohortes de naissance, qui suivent des milliers

d'enfants depuis leur naissance et tout au long de leur vie, en enregistrant des données périodiquement. On les trouve surtout au Royaume-Uni, en Finlande et en Nouvelle-Zélande mais il en existe ailleurs. Leur objectif est d'améliorer la compréhension des causes et du déroulement des maladies, dans un ensemble complexe, englobant les facteurs génétiques, les traumatismes, le vécu dans l'enfance, la personnalité, les événements importants de la vie, la qualité des relations personnelles, la situation économique et sociale et le vieillissement. En ce qui concerne la maladie mentale, on connaît bien le rôle de certains facteurs spécifiques ou généraux dans l'augmentation du risque : les gènes familiaux, la pauvreté, les événements de vie traumatisants, la médiocrité des performances scolaires et le chômage de longue durée. La recherche en a mis d'autres en évidence.

Mais tous ces facteurs ne sont pas à proprement parler des "déterminants" de la maladie mentale de l'adulte, c'est-à-dire une partie du *processus causal*. En effet, certains sont des *précurseurs* ou des *manifestations précoces* de la maladie mentale : le principal exemple en est donné par les problèmes mentaux de l'enfant. D'autres peuvent être seulement des *indicateurs* de problèmes latents et pourraient devenir ou non de vrais déterminants, par exemple les déficits neurologiques dans l'enfance. D'autres encore peuvent être de vrais *déterminants* mais ils ne s'exprimeront qu'en présence d'autres facteurs ; il en est ainsi de certaines combinaisons génétiques. Les derniers enfin augmentent faiblement le risque de développer une maladie mentale s'ils sont seuls mais, combinés, ils peuvent être une composante d'un important processus causal ; ainsi en est-il des facteurs individuels composant l'état de "*conditions défavorables multiples chez l'enfant*".

De 250 publications, essentiellement des études de cohortes de naissance, on a extrait et collationné des données pertinentes relatives aux dix variables examinées ci-après, afin d'examiner la preuve de leur association avec la maladie psychiatrique de l'adulte. En complément, nous avons entrepris de nouvelles analyses des données fournies par les cohortes du Royaume-Uni. Ces dix variables ne sont pas toutes indépendantes les unes des autres, certaines interagissant entre elles. Enfin, un facteur de risque évident connu est en grande partie absent, c'est la maladie mentale des parents. On peut le retrouver dans d'autres revues d'articles.

4. Les dix variables de l'enfance

A. Les troubles psychologiques et la maladie mentale de l'enfance.

Ce sont les précurseurs les mieux établis du trouble mental chez l'adulte, cependant ils n'en sont pas cause. Il existe une preuve robuste de l'existence d'une *continuité de la morbidité*, c'est-à-dire que la maladie mentale de l'adulte s'est souvent manifestée dans l'enfance ou à l'adolescence, mais pas nécessairement sous la même forme. Comparés à la population générale des adolescents, ceux qui présentent des troubles dépressifs récurrents ont un risque dix fois plus élevé de troubles dépressifs récurrents à l'âge adulte. Les enfants qui ont des problèmes psychiques doivent être repérés et soignés de façon adaptée pour leur bien, ce qui nécessite un meilleur dépistage, plus de

professionnels mieux formés et plus de moyens. Et nous pourrions aussi en attendre une diminution de la maladie mentale chez ces individus devenus adultes.

Naturellement, les troubles dépressifs et anxieux de l'enfant et de l'adolescent ont aussi des causes identifiées. Il y a des preuves manifestes de leurs liens avec une série d'évènements malheureux de l'enfance tels que les conflits parentaux et les violences physiques et sexuelles. Ceux-ci ont un impact sur les capacités relationnelles et la performance scolaire, qui peuvent prédisposer au trouble psychiatrique chez l'adulte.

Que peut-on faire ? Fille, Inde 2007

B. Les facteurs génétiques de la maladie psychiatrique

On sait depuis longtemps qu'il existe des *facteurs génétiques et héréditaires* dans la psychose, à la fois dans la schizophrénie et dans le trouble bipolaire. Mais ces risques ne sont pas nécessairement spécifiques, au regard de la classification DSM², ce qui soulève des questions intéressantes sur la nature de ces maladies. Si l'un des parents est schizophrène, le risque de psychose est, sur la vie entière, de 10%, alors qu'il est de 1% dans la population générale.

Des facteurs génétiques plus généraux peuvent aussi conférer, au long de la vie, une certaine *vulnérabilité* aux facteurs de stress ou une certaine *résilience*, prédisposant ainsi à la maladie mentale ou protégeant de celle-ci. Dans certains cas, ce sont des anomalies du système nerveux central, détectables cliniquement, qui peuvent accroître cette prédisposition.

Schizophrène ?

C. Anomalie neurologique infantile ; lésions et troubles cérébraux

On a une preuve très robuste du lien entre une *lésion ou un trouble cérébral* périnatal et un risque accru de psychose, qui pourrait être multiplié par 5. C'en est probablement la première cause. Plus tard dans l'enfance, des lésions peuvent être causées par les infections cérébro-méningées (*méningites et encéphalites*). On peut identifier, chez les enfants, beaucoup de troubles signant la présence d'anomalies neurologiques, comme le retard de développement, les problèmes de langage et les difficultés psychomotrices. Mais il n'y a pas de preuve d'une semblable association à l'anxiété ni à la dépression.

Peut-on agir ? Pour un individu en particulier, la maladie psychotique est-elle inévitable ou bien une intervention précoce pourrait-elle en diminuer le risque ? Je ne pense pas qu'on le sache, mais l'amour attentif des parents, le soutien apporté aux familles dans le registre émotionnel et de façon concrète,

² DSM : *Diagnostic and Statistical Manual (classification des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie)*

une éducation adaptée aux possibilités de l'enfant et des relations encourageantes et chaleureuses, construites dans la durée, sont les éléments les plus susceptibles d'apporter une aide et sont aussi importants en eux-mêmes.

Famille égyptienne + CBR; New Dis 34

D. Traits de personnalité ; tendances névrotiques.

Les échelles de personnalité font toujours l'objet de quelques controverses, mais lorsque les tests standard mettent en évidence des *tendances névrotiques*, celles-ci apparaissent comme un précurseur des symptômes et troubles psychiatriques de l'adulte, de façon toutefois non spécifique. Peut-être sont-elles l'indice d'une vulnérabilité accrue des personnes dotées de faibles capacités d'adaptation, ou bien la manifestation précoce de différents troubles. Elles peuvent aussi augmenter la probabilité de débiter une maladie mentale de l'adulte à la suite d'événements éprouvants. Il est intéressant de constater qu'avoir une personnalité extravertie est un facteur de protection vis-à-vis des symptômes et troubles psychiatriques ultérieurs.

Que peut-on faire de cette connaissance des traits de personnalité ? Peut-on aider les personnes ayant des tendances névrotiques à s'approprier des stratégies d'adaptation, à éviter certaines situations difficiles ou à demander précocement de l'aide lorsqu'elles se sentent tendues ?

E. Le comportement dans l'enfance et à l'adolescence.

Chez l'enfant, un comportement insolite n'existe pas de façon isolée. Il peut être associé, que cela puisse en être la cause ou non, à des facteurs génétiques, à un traumatisme neurologique ou à un contexte psychosocial. Un comportement anormal peut être provoqué par des épreuves subies par l'enfant, comme les disputes parentales mais il peut aussi lui-même entraîner des dommages comme l'échec scolaire, qui retentira sur la santé mentale ultérieure. Mais certains troubles du comportement, en particulier le syndrome d'*hyperactivité*, les *conduites de retrait ou de déviance* et les *conduites agressives, perturbatrices et antisociales* sont associés ultérieurement, de façon constante, aux troubles dépressifs et anxieux aussi bien qu'au comportement délinquant et criminel.

Un comportement plus particulier (bien que souvent associé aux autres) est celui de l'usage nocif d'alcool et d'autres drogues. Comme on pouvait s'y attendre, il est lié à l'addiction et l'usage nocif ultérieurs et à une kyrielle de problèmes mentaux. Pour le cannabis, nous avons de plus en plus d'éléments probants des liens entre son usage dans l'enfance et à l'adolescence et la psychose, avec peut-être un doublement du risque. Plus la consommation de cannabis est précoce, plus le risque semble grand.

F. Les faibles performances scolaires et la réussite.

Les faibles performances scolaires et le faible niveau de fin de scolarité sont des indicateurs pouvant sembler manquer de précision, mais le facteur clé semble être l'obtention d'un niveau d'études plus faible que celui qui était attendu ou possible. Les enfants qui n'ont pu répondre aux attentes ont un risque accru (probablement multiplié par 2 ou 3) de troubles anxieux et dépressifs à l'âge adulte, comme le confirment les études de cohorte. Les conduites déviantes et perturbatrices ainsi que les déficits neurologiques de tout type ont potentiellement un impact sur les performances scolaires et la réussite et peuvent expliquer partiellement le risque plus élevé. Il est peu probable que le niveau scolaire soit un facteur causal primaire mais il peut contribuer aux problèmes mentaux ultérieurs, comme au comportement délinquant et criminel, clairement associé à l'illettrisme. Voilà un groupe d'adolescents à haut risque relativement facile à identifier pour mener une intervention préventive.

G. Les malheurs dans l'enfance ; les évènements de la vie ; le cumul de situations défavorables.

Les situations étudiées peuvent être rassemblées sous les termes de "*situations défavorables*" et "*évènements de vie négatifs*". Cela comprend évidemment beaucoup de situations différentes qui induisent des réponses individuelles variées. Comme on peut le supposer, peu ont fait l'objet de mesures et d'études précises, aussi la généralisation est inévitable. Cependant, on peut dire qu'il existe un éventail de situations défavorables et d'évènements de vie négatifs de l'enfance dont on peut montrer qu'ils multiplient par 2 ou 3 le risque de troubles psychiatriques de l'adulte.

On découvre couramment qu'au-delà de ces effets individuels d'échelle modeste, les enfants qui ont vécu un "*cumul de situations défavorables*" voient augmenter - de façon significative - le risque de troubles anxieux, de troubles dépressifs, de conduites suicidaires et d'hospitalisation pour des troubles mentaux graves. Une étude de cohorte fiable, comportant des calculs statistiques pertinents, a montré que les 5% d'enfants cumulant le plus de situations défavorables ont un risque 100 fois plus grand que les 50% d'enfants les moins défavorisés.

On n'a pas besoin d'apporter la preuve de leur effet sur la maladie mentale de l'adulte pour justifier les interventions visant à résorber les évènements défavorables, la pauvreté et le dysfonctionnement familial car elles devraient être des priorités en elles-mêmes dans toute société civilisée mais il est prouvé que la réduction du cumul de situations défavorables diminue plus tard la détresse psychologique et les troubles psychiatriques, et le besoin de traitement chez l'adulte.

Que peut-on faire ? Jeunes à Mostar et Zenica ; New Dis 4th & 6th & 7th.

H. Mauvais traitements à enfant, négligence et maltraitance.

On admet généralement maintenant que les mauvais traitements envers les enfants sont assez répandus, probablement dans toutes les sociétés, et que par le passé on les a ignorés, cachés et rejetés comme étant de fausses

accusations. Ce n'est pas facile de définir, de mesurer ou d'étudier ce phénomène et d'en donner des chiffres fiables. Les recherches sérieuses permettent d'estimer que, tout type confondu, les mauvais traitements envers les enfants de moins de 18 ans concernent au moins 15% des enfants et les violences sexuelles au moins 10% des filles et 3% des garçons, mais les chiffres réels pourraient être très supérieurs. Comme on pouvait s'y attendre, les enfants soumis à une maltraitance grave ont un risque relativement élevé de graves problèmes psychiatriques ultérieurs de tout type (comprenant les troubles de la personnalité et le comportement autodestructeur et violent), de maladie somatique, de grossesse à l'adolescence et de problèmes à élever leurs propres enfants. Les conséquences les plus dramatiques sont probablement liées à l'inceste entre père et fille.

Il est bien difficile de donner une estimation précise de l'augmentation du risque selon le type des mauvais traitements et de leurs conséquences. Les études de cohorte, pour les troubles psychiatriques sévères, donnent une fourchette de 1,5 à 12, selon la gravité de la maltraitance. D'autre part, le suivi des victimes de violences graves confirmées par les tribunaux, montre un taux extrêmement élevé de graves problèmes tout au long de la vie.

Le soi est possible. La thérapie cognitivo-comportementale est la méthode de choix, mais pour certaines personnes d'autres approches psychothérapeutiques peuvent être plus efficaces. De façon générale, la thérapie n'est pas assez accessible. La prévention devrait être notre but, mais il semble qu'on manque d'idées. Les politiques et le public de même que les professionnels doivent s'atteler à cette cause pour protéger efficacement les générations actuelles et futures.

I. La parentalité³ et les relations entre parents et enfants.

Il y a peu de temps que l'on étudie de façon approfondie le style et la qualité de la *parentalité* et les statistiques fiables sont rares. On peut relier les difficultés à être parent à la pauvreté, aux relations familiales conflictuelles ou à la maladie mentale. Les études ont dû se concentrer principalement sur les degrés de *soutien et de contrôle autoritaire* des parents et les données, y compris celles des cohortes, sont rétrospectives : elles ont été recueillies lorsque les enfants suivis avaient atteint l'adolescence ou l'âge adulte. Une parentalité déficiente, caractérisée par un faible niveau de soutien et/ou un haut niveau de contrôle autoritaire, est associée à un plus haut risque de troubles dépressifs et anxieux à l'âge adulte, même en l'absence de maltraitance ou de négligence, bien que l'augmentation du risque ne soit que de 1,5 à 3 fois plus. Fait important, on a prouvé qu'un haut niveau de soutien parental conjugué à un faible niveau de contrôle autoritaire est associé à un risque moindre de problèmes mentaux ultérieurs.

Il existe aussi des preuves des liens entre le style et la qualité de la parentalité et le comportement social des enfants ainsi que leurs aptitudes relationnelles, y compris leurs aptitudes parentales envers leurs propres

³ ou "parentage" au Québec (NDT), *éducation des enfants par les parents*

enfants. Beaucoup de recherches supplémentaires sont nécessaires pour démêler dans le détail si une action préventive doit être entreprise mais une intervention renforçant les aptitudes parentales des parents vulnérables semblerait une stratégie intéressante et importante au regard des connaissances actuelles. C'est ce que montrent des études d'intervention déjà évaluées.

[Analyse récente des données des cohortes nationales de naissance du Royaume-Uni (non publiée)]

Résultats : Dans la cohorte de 1958, de mauvaises relations soit avec la mère soit avec le père étaient un facteur prédictif de problèmes de santé mentale à l'âge adulte : plus les relations avaient été mauvaises dans l'enfance, plus les problèmes de santé mentale étaient importants à l'âge de 42 ans. Dans la cohorte de 1970, qui utilisait la grille de mesure des liens affectifs entre parents et enfants PBI⁴, la présence d'items positifs était prédictive de la diminution de risque de problèmes mentaux, la présence d'items négatifs d'un risque accru à l'âge de 30 ans.

Conclusions : Ces résultats confortent l'hypothèse que les problèmes relationnels entre parents et enfants, même s'ils n'ont rien à voir avec la maltraitance et la négligence, peuvent concourir à déterminer la santé mentale de l'adulte. Des programmes de soutien destinés à des parents qui sont dans des situations "à risque", sont en cours d'évaluation dans de nombreux pays d'Europe et donnent l'espoir de réduire la prévalence de la maladie mentale chez l'adulte.]

Que peut-on faire ? Un enfant ; discussion de groupe

J. Divorce et séparation des parents ; familles perturbatrices et dysfonctionnelles.

Nous pourrions nous attendre à ce que le divorce des parents soit un facteur évident à étudier mais ce n'est pas si simple qu'il y paraît et on ne peut l'isoler dans ses conséquences sur les enfants. Le divorce est souvent précédé d'une ou plusieurs séparations et constitue souvent le point culminant du conflit conjugal, quelquefois de la violence et d'une situation très insatisfaisante pour les enfants. Le divorce ou la séparation des parents, à tout moment de l'enfance ou de l'adolescence, est fortement associé aux troubles anxieux et dépressifs plus tardifs, au comportement anti-social et à d'autres conséquences, mais il existe des données probantes suggérant que le conflit interparental existant avant la séparation puisse en être un déterminant plus important. L'étude de grandes cohortes suggère que le divorce entraîne une augmentation modérée du risque de troubles dépressifs chez le jeune adulte (de deux fois environ), mais généralement de façon plus importante chez les femmes. Ce risque est encore accru si ces dernières connaissent elles-mêmes une rupture conjugale. Il est intéressant de noter

⁴ Parental Bonding Instrument

que les études ne montrent en général aucune association avec la mort d'un des parents.

À tout le moins, le divorce ou la séparation est un indicateur de vulnérabilité et de haut risque pour les enfants, ce qui peut représenter une occasion d'intervention. Mais l'intervention lors du conflit préalable à la séparation serait préférable là où les conditions de sa mise en place existent ainsi que des personnes expérimentées.

6. Conclusions générales.

1. Les données probantes d'associations universelles restent inéluctablement incomplètes et leurs conclusions sont, pour la plupart, provisoires. Mais les études longitudinales, en particulier de cohortes de naissance, ont déjà fourni de bons niveaux de preuve de l'existence, chez l'enfant, de facteurs de risque des problèmes psychiatriques de l'adulte. Elles comportent un grand potentiel d'approfondissement à condition d'être financées. La nature des données incite à une approche de la personne et de son parcours personnel tout au long de sa vie.

2. L'association la plus clairement démontrée est celle qui existe entre les problèmes psychologiques ou les troubles mentaux dans l'enfance et l'adolescence, et les problèmes de santé mentale ou les troubles psychiatriques à l'âge adulte, qui représentent probablement un continuum de morbidité. De là découle une perspective d'intervention précoce par le repérage et le soin de ces enfants, réalisés de façon sérieuse et minutieuse.

3. Les *facteurs génétiques héréditaires* sont importants dans la psychose, mais de façon habituelle ils ont besoin d'autres facteurs ultérieurs pour s'exprimer. Les gènes déterminent en partie la vulnérabilité et la résilience des personnes, donc leurs capacités d'adaptation et de résistance aux traumatismes.

4. Les *anomalies du système nerveux central*, qui surviennent à n'importe quel moment, augmentent la vulnérabilité et le risque de maladie psychiatrique. Durant la période périnatale, la prévention est d'ores-et-déjà une priorité essentielle.

5. Les traits de personnalité névrotiques, le comportement déviant de l'enfant et de faibles performances scolaires sont d'importants indicateurs de risque ou des manifestations précoces de troubles psychiatriques. Un repérage précoce pourrait permettre de mettre en place des mesures préventives.

6. Les *graves situations défavorables* de l'enfance augmentent le risque de trouble psychiatrique au cours de la vie. Les *mauvais traitements à enfant* sont probablement le facteur le plus grave, en particulier les *violences sexuelles*. Le *conflit parental*, conduisant souvent au divorce ou à la séparation, apparaît comme un facteur causal important. La *déficience parentale* est probablement importante, mais il est difficile de l'isoler des conditions familiales très précaires. Le conseil personnalisé, le soutien et le

soin des enfants concernés et de leur famille sont importants, mais il n'est pas évident de savoir comment prévenir ou diminuer les violences faites aux enfants.

7. On a des preuves solides que le *cumul de situations défavorables* est source de gros problèmes sociaux et psychosociaux touchant les individus, les familles et les communautés. C'est peut-être la plus importante cause de trouble psychiatrique au long cours accessible à la prévention. Ces difficultés semblent avoir un effet cumulatif. Les enfants connaissant un cumul de situations défavorables élevé devraient bénéficier, de façon très prioritaire, d'un repérage précoce et d'une aide.

La médecine de la personne est particulièrement adaptée à de tels buts. Tous les aspects de la vie d'une personne, que ce soit sa naissance, sa petite enfance, son école, sa famille, ses relations personnelles, ses talents, ses déficiences, sa situation sociale et économique, s'imbriquent pour constituer la personne venue en consultation médicale et le tout peut éclairer le problème qu'elle vient nous soumettre.

Pour plus de renseignements et des références bibliographiques⁵ :

Fryers T & Brugha TS, 2006. Childhood determinants of adult mental illness; a research summary. In Improving Mental Health Information in Europe. (Editors: J Lavikainen, T Fryers, V Lehtinen) STAKES, Helsinki. pp 35-48.

Fryers T, 2007. Children at Risk: Childhood Determinants of Adult Mental Illness. STAKES, Helsinki. This book is no longer available but an up-dated and revised new edition will be issued in 2011 / 2012 by the e-journal, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, on their web-site.

Tom Fryers, MD, PhD, FFPH.
Professeur honoraire de santé publique en santé mentale, Université de Leicester, Grande-Bretagne

Traduction : Claude Robin, corrections Nanou Bouhey

⁵ en anglais exclusivement (NDT)